

Wpływ wczesnej psychospołecznej interwencji na odległe kliniczne wyniki leczenia osób chorujących na schizofrenię

The influence of early psychosocial intervention on the long-term clinical outcomes of people suffering from schizophrenia

Andrzej Cechnicki¹, Anna Bielańska²

¹ Zakład Psychiatrii Środowiskowej, Katedra Psychiatrii UJ CM

² Pracownia Badań nad Psychoterapią Psychoz Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w Krakowie

Summary

Aim. To compare the treatment outcomes of DSM-IV-TR schizophrenia patients in either a Community Treatment Program or an Individual Treatment Program (CTP vs. ITP). The assessment was made after the first hospitalization, and then after three and twelve years.

Method. Participants were randomly assigned to CTP (experimental) and ITP (traditional) group, with 40 people in each group. 67 people (84%) participated in all three assessments. The socio-demographic and clinical indicators were the same for both groups. In the first three years only the CTP group participated in day-care treatment, patient and family psychoeducation and community treatment. Later, both groups received this treatment. The following tools were used: Anamnestic and Catamnestic Questionnaire, the GAF scale, the BPRS LA and Lehman's Quality of Life Interview.

Results. It was only after twelve years that there was a significant beneficial improvement in the mean GAF score in the CTP group ($p = 0.036$), which was comparable with the results obtained by Watt and Shepherd for the course of the illness in favorable remission cases ($p = 0.038$). The difference in the number of relapses was also significantly in favor of the CTP group only after 12 years ($p = 0.045$), as was the difference in the number of rehospitalizations ($p = 0.013$). The general severity of symptoms was found to be significantly lower for the CPT group after 3 ($p = 0.008$) and 12 years ($p = 0.030$), whereas it was significantly lower in the case of positive syndrome only after 3 years ($p = 0.044$).

Conclusions. 1. A greater number of favorable differences were identified for the CTP group at the twelve-year point than at the conclusion of the experiment. 2. The three-year

Badanie nie było sponsorowane.

Praca powstała w krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii.

delay in introducing psycho-social treatment was associated with a poorer long-term outcome for the clinical course of schizophrenia.

Słowa kluczowe: schizofrenia, wczesna psychospołeczna interwencja, odległe wyniki leczenia

Key words: schizophrenia, early psychosocial intervention, long-term outcomes

Wstęp

O ile wpływ czynników demograficzno-społecznych i klinicznych na przebieg schizofrenii znalazł potwierdzenie w wielu dotychczasowych badaniach, to odpowiedź na pytanie o wpływ programów terapeutycznych na odległe wyniki leczenia pozostawia wiele niejasności [1, 2]. W przeglądzie badań nad wpływem interwencji terapeutycznych na wyniki leczenia w schizofrenii Penn i wsp. [3] pogrupowali je w cztery obszary: wpływ leczenia farmakologicznego, wpływ psychoterapii indywidualnej, wpływ psychoterapii grupowej i rodzinnej oraz wpływ kompleksowych programów leczenia. Nasze badania dotyczą wpływu kompleksowego, środowiskowego programu terapeutycznego na odległe kliniczne wyniki leczenia.

We wcześniejszych badaniach programy terapeutyczne pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii zawierające psychoedukację rodzin i trening kompetencji społecznych porównywano najczęściej z gorzej wypadającą terapią „as usual”, ale stwierdzane różnice zanikały przy dłuższym okresie obserwacji [4–7]. Badania oceniające kompleksowe interwencje psychospołeczne, takie jak holenderskie Linszena i wsp. [8], duńskie OPUS opisane przez kilku autorów [9–12], norweskie Sigrunarsona i wsp. [13] oraz kanadyjsko-angielskie Normana i wsp. [14], były – podobnie jak badanie krakowskie [15, 16] – bardziej rozbudowane. Badania są zróżnicowane metodologicznie, co znacznie utrudnia ewentualne porównania. Badacze wyodrębniali lub nie podgrupę osób ze schizofrenią z grupy psychoz nieafektywnych, konstruowali różny czas trwania programu i jego zawartość, obecność lub nie grupy kontrolnej oraz przyjmowali różne wskaźniki wyników leczenia i czas dla oceny ich trwałości w odległych katamnezach. Zebrano kolejne dowody, że wczesna interwencja psychoterapeutyczna, psychoedukacja i kompleksowe podejście może poprawić wczesne, ale nie zawsze odległe wyniki leczenia schizofrenii, gdyż korzyści pomiędzy grupami eksperymentalnymi i kontrolnymi w badaniach eksperymentalnych, jeżeli występowały, to zanikały w ciągu kilku lat po zakończeniu programu.

Programy terapeutyczne i następujące po nich badania katamnestyczne oceniające trwałość uzyskanych wyników były różnie rozciągnięte w czasie. Obejmowały 15 miesięcy w holenderskim badaniu Linszena i wsp. [8] zakończonym pięcioletnią katamnezą, dwa lata w programie OPUS z pięcioletnią katamnezą opisanym przez Rosenbauma i wsp. [11] oraz Nordentofta i wsp. [9], dwa lata w programie norweskim Sigrunarsona i wsp. [13] z dwunastoletnią katamnezą, aż po trwający pięć lat program Normana i wsp. [14] w Kanadzie i Anglii, który nie miał grupy kontrolnej. W tym ostatnim korzyści obserwowano w grupie objętej dłuższym programem, próbując porównać ją z duńskim programem OPUS. Po zakończeniu programów pacjenci objęci byli leczeniem i opieką tradycyjną „as usual”. Zawartość obejmowała,

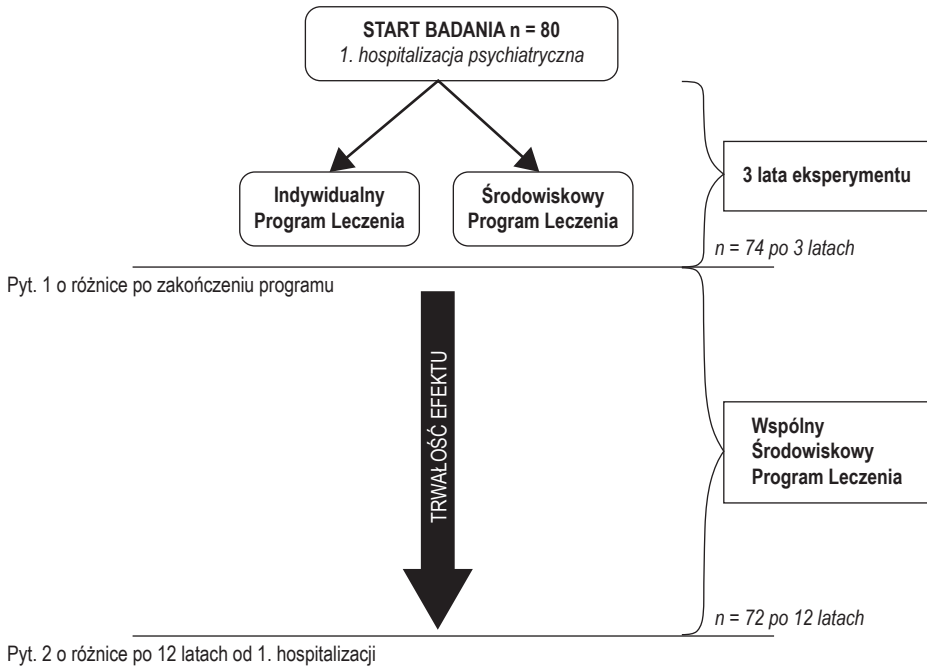
podobnie jak w programie krakowskim [16], psychoedukację rodzin, treningi społeczne, psychoterapię indywidualną i inne psychospołeczne interwencje. W pięcioletnich katamnezach programu OPUS Rosenbaum i wsp. [11] i w dwunastoletnich Sigrunarsen i wsp. [13] stwierdzili, że większość pozytywnych wyników leczenia zanikała. Jedyne niewielkie pozytywne efekty utrzymywały się w badaniach duńskich OPUS na korzyść grupy eksperymentalnej, w której odnotowano krótszy czas rehospitalizacji stacjonarnych i mniejszą liczbę osób korzystających z mieszkań chronionych. Bertelsen i wsp. [12] oraz Linszen i wsp. [8], podsumowując swoje badania, uważają, że wczesna interwencja psychospołeczna nie jest tak istotna dla korzystnego wyniku jak ciągłość opieki pozaszpitalnej, która obejmowałaby regularny kontakt indywidualny, wsparcie rodziny, pomoc w radzeniu sobie z chorobą, farmakoterapią i stresem. Badanie Normana i wsp. [14] dotyczy oceny efektów leczenia w sytuacji objęcia pacjentów ciągłym, kompleksowym, różnie intensywnym pięcioletnim programem terapeutycznym. Ten psychospołeczny program realizowany był w Ontario i Londynie (PEPP). Wyniki oceniane po dwóch i pięciu latach były stabilnie pozytywne i zostały porównane z wynikami programu duńskiego. Znacząca różnica na korzyść programu OPUS w porównaniu z PEPP dotyczyła oceny ogólnego funkcjonowania w skali GAF i mniejszego nasilenia syndromu negatywnego po dwóch latach. Po pięciu latach różnica w nasileniu syndromu negatywnego zanikła, a PEPP okazał się korzystniejszy w ocenie skalą GAF i w mniejszym nasileniu objawów pozytywnych.

Cel i przebieg badania

W czasie pierwszej hospitalizacji (index hosp.) przyjęto do badań dwie 40-osobowe grupy mieszkańców Krakowa, z diagnozą schizofrenii wg DSM-IV-TR. Wykluczono zaburzenia psychoorganiczne i uzależnienia. Oceny dokonało dwóch doświadczonych klinicystów. Przeprowadzono ją w chwili pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, w chwili zakończenia eksperymentu klinicznego po trzech latach i w odległej dwunastoletniej katamnezie.

Badania krakowskie są połączeniem typowej katamnezy i eksperymentu badawczego, w którym grupa eksperymentalna leczona była w środowiskowym programie leczenia (ŚPL), a grupa kontrolna w indywidualnym programie leczenia (IPL). Dobór do obu grup nastąpił losowo. Po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej pacjenci z grupy kontrolnej IPL pozostawali w opiece indywidualnej, a z grupy eksperymentalnej ŚPL byli kierowani do oddziału dziennego oraz grupowych form leczenia w środowisku, takich jak psychoedukacja, psychoterapia grupowa, obozy terapeutyczne, hostel. Rodziny uczestniczyły w grupie psychoedukacyjnej dla rodzin, następnie w grupie łączonej z pacjentami. W obu grupach kontrolowano optymalne dawki neuroleptyków. Dla większej przejrzystości skonstruowano model badawczy (rys. 1).

Ewentualne różnice w odległych wynikach leczenia odnoszono do wczesnych interwencji psychospołecznych w okresie pierwszych trzech lat po wybuchu psychozy. Kolejne dziewięć lat pacjenci z obu grup korzystali z tych samych form środowiskowych, mając zapewnioną ciągłość opieki indywidualnej i farmakoterapii u jednego terapeuty. Jako cele badawcze przyjęto:



Rysunek 1. Model badawczy

1. Ocenę klinicznych wyników leczenia w środowiskowym i indywidualnym programie terapeutycznym w chwili zakończenia eksperymentu klinicznego po trzech latach od pierwszej hospitalizacji;
2. Ocenę trwałości wyników leczenia w odległej dwunastoletniej katamniezie.

W ocenie wyników leczenia uwzględniono wielowymiarowość, dynamikę zmian w ciągu dwunastu lat od zakończeniu pierwszej hospitalizacji, co pozwoliło prześledzić wpływ programu terapeutycznego zarówno na ich bezpośrednią ocenę w chwili jego zakończenia, jak również na odległy obraz przebiegu schizofrenii w katamniezie trzy- i dwunastoletniej.

Material

We wszystkich badaniach udział wzięły 33 osoby z grupy ŚPL i 34 osoby z grupy IPL, czyli 84% grupy zakwalifikowanej do badań (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Charakterystyka grupy	ŚPL n = 33	IPL n = 34
Wiek w momencie 1. hospitalizacji*		
Średnia	27,42	25,85
Odch. stand.	5,55	6,07

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Płeć**		
Kobiety	19 (58%)	19 (56%)
Mężczyźni	14 (42%)	15 (44%)
Stan cywilny**		
Małżeństwo	11 (33%)	11 (32%)
Wykształcenie**		
Wyższe	10 (30,3%)	9 (26,5%)
Średnie i niepełne wyższe	16 (48,5%)	17 (50,0%)
Zawodowe	6 (18,2%)	6 (18,7%)
Podstawowe	1 (3,0%)	2 (6,9%)
EE (Expressed Emotions)**		
Niski	10 (34%)	8 (27%)
Wysoki	19 (66%)	22 (73%)
DUP (Duration of Untreated Psychosis)*		
Średnia	39,39 tyg.	42,68 tyg.
Odch. stand.	84,10	67,30
Dziedziczenie I lub II stopnia obecne**	10 (30%)	12 (35%)

Różnice międzygrupowe mierzone testami *t Studenta, **U Manna-Whitneya nieistotne statystycznie.

W badanej grupie była zbliżona proporcja mężczyzn i kobiet, o podobnym rozkładzie wykształcenia. Uderza dosyć wysoki odsetek małżeństw, względnie długi średni czas nieleczonej psychozy i podobny stopień obciążenia dziedzicznego u bliskich krewnych.

Narzędzia i metoda

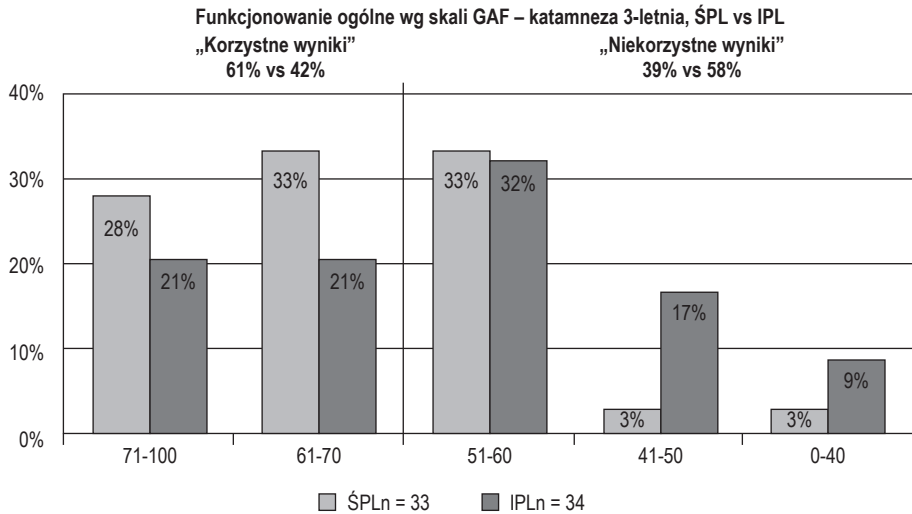
W badaniu wykorzystano Kartę Anamnestyczną i Katamnestyczną (Anamnestic and Catamnestic Chart), skalę GAF, skalę przebiegu choroby wg Watta i Shepherda, BPRS-LA (Brief Psychiatric Rating Scale, wersja zmodyfikowana w UCLA przez Lukoffa i wsp.). Oceny różnic w zakresie jakości życia badanych kwestionariuszem Lehmana dokonano w odrębnej pracy. Do zmierzenia istotności różnic międzygrupowych użyto testu t-Studenta, testu U Manna-Whitneya, testu χ^2 oraz analizy wariancji. Obliczenia wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 10 PL.

Wyniki badań

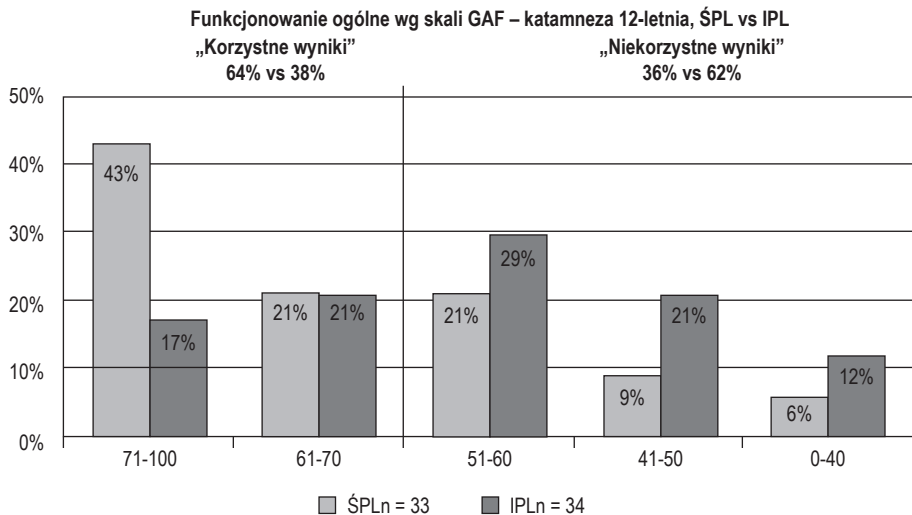
Kolejno zostaną przedstawione dwa wyniki ogólne – skali GAF, a następnie szczegółowe wskaźniki kliniczne obejmujące liczbę nawrotów, liczbę i czas rehospitalizacji i nasilenie objawów.

Wyniki ogólne w ŚPL i IPL mierzone skalą GAF

Różnica po trzech latach między średnimi wynikami w skali GAF (62,8 vs 58,1 pkt) mierzona testem t-Studenta okazała się nieistotna, a po dwunastu latach (66,8 vs



Rysunek 2a



Rysunek 2b

Rysunki 2a i 2b. **Oceny przedziałów punktowych w skali GAF po trzech i dwunastu latach**

Średnie różnice międzygrupowe mierzone testem U Manna–Whitneya po trzech latach NS, po dwunastu latach $p = 0,018$

58,4 pkt) osiągnęła poziom istotny ($p = 0,036$). Podobnie w podziale na różne poziomy funkcjonowania oceniane skalą GAF widoczna, ale nieistotna statystycznie różnica na korzyść ŚPL po trzech latach, w chwili zakończenia różnych programów zmienia się na istotną w ocenie po dwunastu latach ($p = 0,018$). Ten korzystny, odległy wynik w grupie ŚPL ujawnia się, mimo że program dla obu grup przez kolejne dziewięć lat był wspólny (rys. 2a i 2b).

Jeszcze inne ważne informacje otrzymujemy z analizy poszczególnych przedziałów punktowych skali. Dwa szczegółowe wyniki wymagają omówienia. O ile za korzystny wynik leczenia przyjmiemy > 61 pkt GAF, to po trzech latach w chwili zakończenia programu osiągnęło go 61% badanych w ŚPL, a w IPL – 42%. Stanowi to 19 punktów różnicy procentowej. Różnica powiększyła się do 26% po dwunastu latach (64% vs 38%), pomimo że obie grupy już od wielu lat uczestniczyły w identycznych środowiskowych formach leczenia. Jeszcze bardziej charakterystyczna jest narastająca po latach przewaga w ŚPL grupy osiągającej zdrowienie (> 70 pkt, GAF), która po trzech latach z 7% różnicy (28% vs 21%) osiąga po dwunastu latach 26% (43% vs 17%), czyli istotną różnicę mierzoną testem χ^2 ($p = 0,027$).

Typy przebiegu według Watta i Shepherd'a w ŚPL i IPL

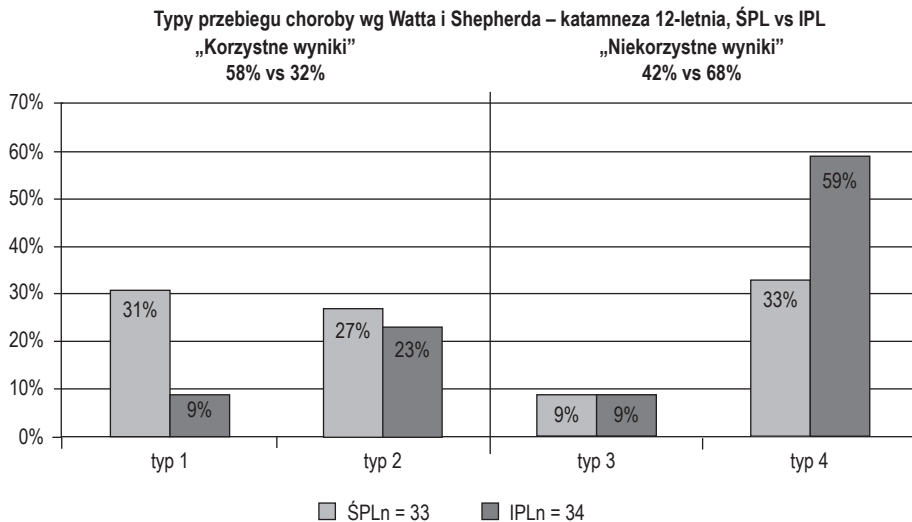
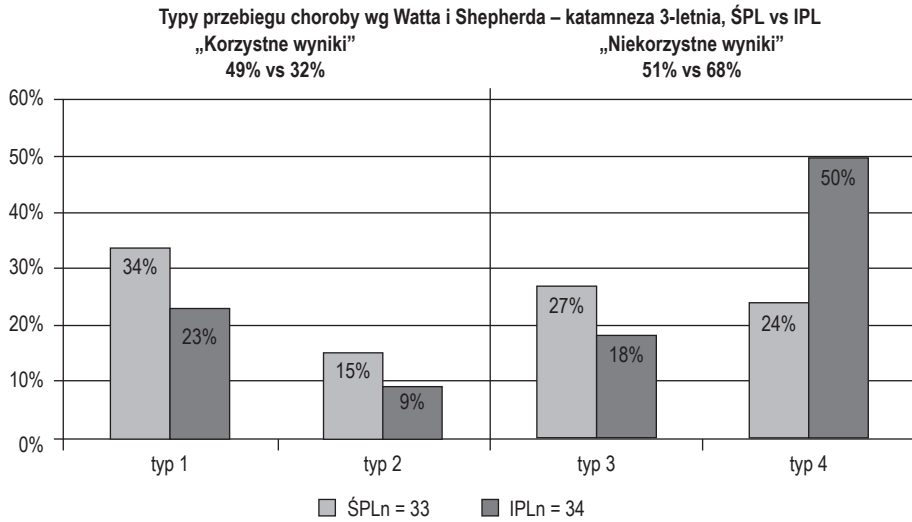
Typy przebiegu schizofrenii przyjęte według kryteriów Watta i Shepherd'a (1989 r.) są tak skonstruowane, że dwa pierwsze ocenione jako „korzystny” wynik leczenia charakteryzują się remisją objawów i tym samym wskazują na fazowy przebieg choroby, a kolejne dwa na postępujące utrwalanie zmian chorobowych. Fazowy, korzystny przebieg schizofrenii z remisją objawową oceniany jako wynik korzystny w katamniezie trzyletniej uzyskuje 48% badanych w ŚPL, a 32% w IPL, tworząc 16% różnicę, która narasta po dwunastu latach do 26% (ŚPL 58%, a IPL 32%). Różnice międzygrupowe po trzech latach są nieistotne, ale to zmienia się na korzyść ŚPL po dwunastu latach ($p = 0,038$), co przedstawiają rysunki 3a i 3b.

Po dwunastu latach pogłębia się różnica w podgrupie z jednym epizodem psychozy (typ 1) do 22%. Grupa 31% w ŚPL zdecydowanie dominuje nad 9% w IPL. Po dwunastu latach utrzymuje się 26% różnica pomiędzy grupami o najbardziej niekorzystnym typie przebiegu: 42% w ŚPL, a 68% w podgrupie IPL.

Nawroty w ŚPL i IPL

W ŚPL po trzech latach 64% vs 38% w IPL, a po dwunastu latach 33% vs 9% badanych nie doświadczyło nawrotu. Różnica między grupami wyniosła po trzech latach 26 pkt procentowych, a po dwunastu latach 24% na korzyść ŚPL. Ostatecznie różnice między grupami dopiero po dwunastu latach były istotnie korzystniejsze dla ŚPL ($p = 0,045$), co ukazują rysunki 4a i 4b.

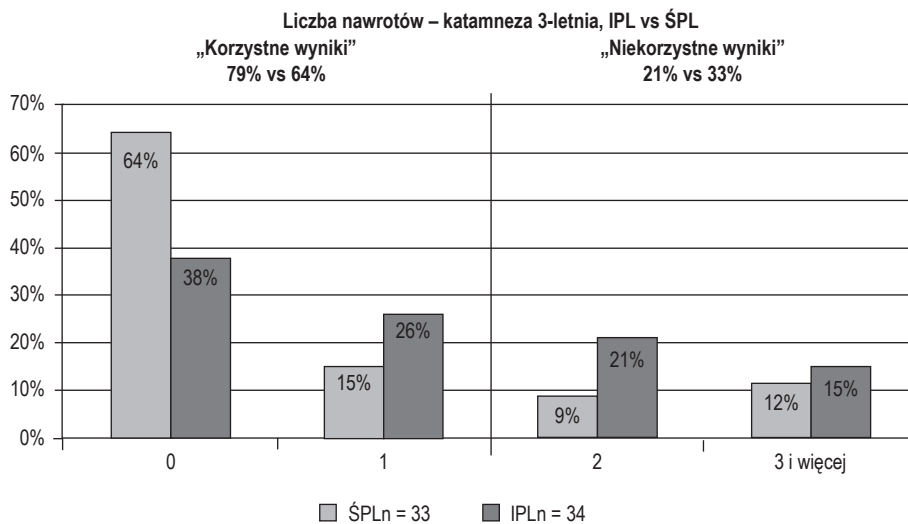
Wartościowa poznawczo jest analiza wyniku korzystnego, dla którego przyjęto kryterium „brak lub jeden nawrót”. Po trzech latach stwierdzono różnicę 15 pkt procentowych (79% vs 64%), która wzrosła po dwunastu latach do 36% pkt procentowych (45% vs 9%).



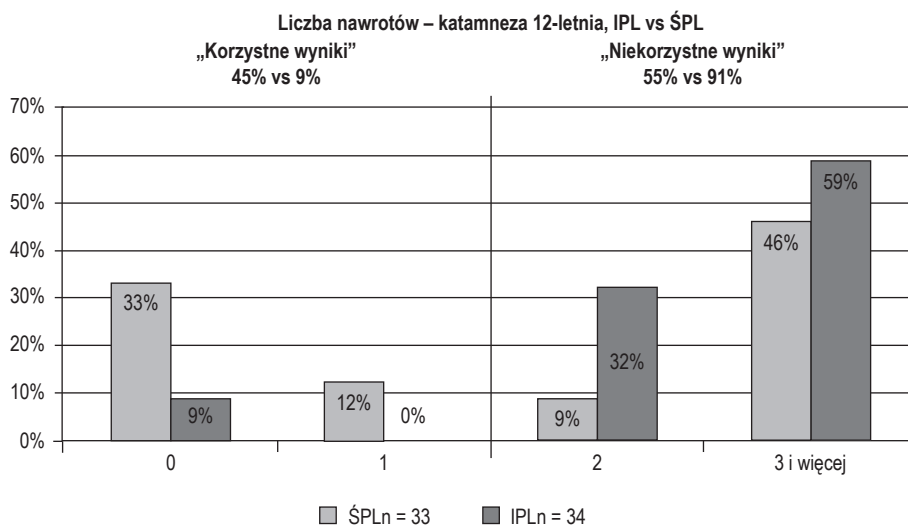
Rysunki 3a i 3b. **Typ przebiegu choroby wg Watta i Shepherd po trzech i dwunastu latach, również podzielony na wyniki korzystne i niekorzystne**

Różnice międzygrupowe mierzone testem U Manna–Whitneya po trzech latach NS, po dwunastu latach $p = 0,038$.

Przeprowadzono analizę wariancji w celu oceny istotności różnic w średniej liczbie nawrotów choroby między grupami ŚPL i IPL oraz dla interakcji rodzaju grupy i czasu



Rysunek 4a



Rysunek 4b

**Rysunki 4a i 4b. Liczba nawrotów po trzech i dwunastu latach
– porównanie grupy ŚPL i IPL**

Różnice międzygrupowe mierzone testem U Manna–Whitneya po trzech latach NS, po dwunastu latach $p = 0,045$.

pomiaru. Nie odnotowano żadnych istotnych różnic. Wykonano również porównania w podziałach na brak vs obecne nawroty oraz do 1 lub więcej nawrotów (tab. 2).

Tabela 2. Podział dychotomiczny w systemie brak vs obecne nawroty oraz 0–1 vs więcej nawrotów

Istotność różnic między ŚPL a IPL		
Katamneza	Brak vs obecne nawroty	Brak lub 1 nawrót vs więcej nawrotów
Po 3 latach	p = 0,038*	ns*
Po 12 latach	p = 0,014**	p = 0,001**

*test Chi², **test Fishera

Analizy pomiędzy badanymi grupami wskazują na korzyść ŚPL, które utrzymują się i pogłębiają po dwunastu latach (odpowiednio p = 0,014 i p = 0,001).

Rehospitalizacje w IPL i ŚPL

Analizując stacjonarne rehospitalizacje w ciągu dwunastu lat trwania katamnezy i porównując je między dwiema badanymi grupami, stwierdza się kilka bardzo wartościowych poznawczo zjawisk. Analiza korzystnego wyniku leczenia, obejmującego grupę bez rehospitalizacji i z jedną rehospitalizacją vs większą liczbą rehospitalizacji, wskazuje narastającą po dwunastu latach przewagę korzystnego wyniku w ŚPL równego 67% vs 38% w IPL (rys. 5a i 5b).

W ocenie niekorzystnej obejmującej grupę wielokrotnych rehospitalizacji przeważa program indywidualny 62% vs 33%. Ogólnie niższa liczba rehospitalizacji w ŚPL osiąga poziom istotny po dwunastu latach (p = 0,013). Wyniki analizy wariancji w celu oceny istotności różnic w średniej liczbie rehospitalizacji między grupami ŚPL i IPL oraz dla interakcji rodzaju grupy i czasu pomiaru okazały się nieistotne.

Porównania dychotomiczne – brak vs obecne rehospitalizacje oraz brak lub 1 vs więcej rehospitalizacji wskazały na istotne różnice na korzyść ŚPL dopiero po dwunastu latach (tab. 3).

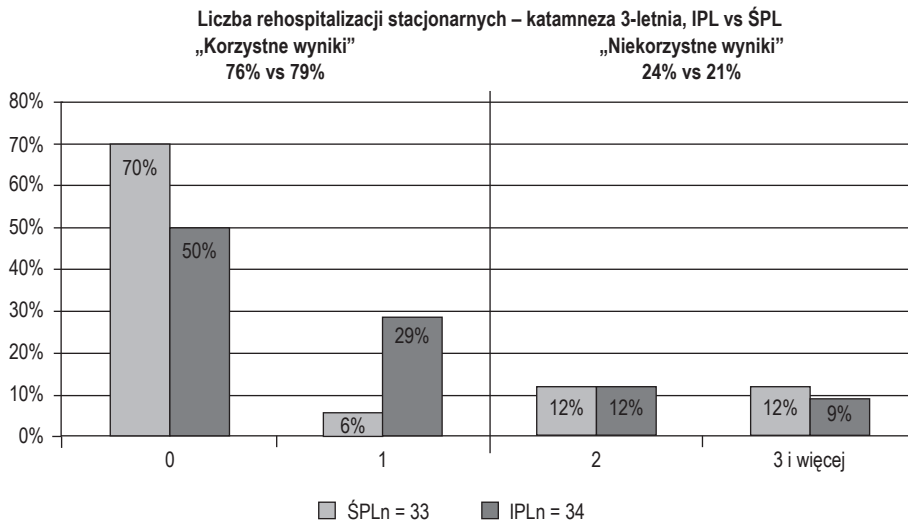
Tabela 3. Podział dychotomiczny w systemie brak vs obecne rehospitalizacje oraz 0–1 vs więcej rehospitalizacji

Istotność różnic między ŚPL a IPL		
Katamneza	Brak vs obecne rehospitalizacje	Brak lub 1 rehos. vs więcej rehos.
Po 3 latach	ns*	ns*
Po 12 latach	p = 0,008*	p = 0,020*

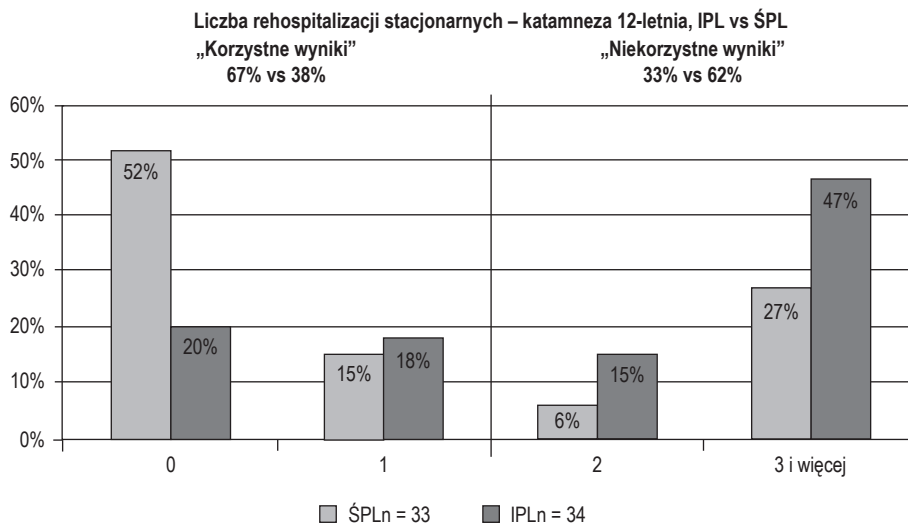
*Test Chi²

Dynamika ogólnego nasilenia objawów w ŚPL i IPL

Prześledzono dynamikę nasilenia objawów psychopatologicznych w kolejnych latach katamnezy na podstawie skali BPRS w obu badanych grupach. Poniżej przedstawiono średnie nasilenie objawów ogólnych. Oceny dokonano w trzech punktach



Rysunek 5a

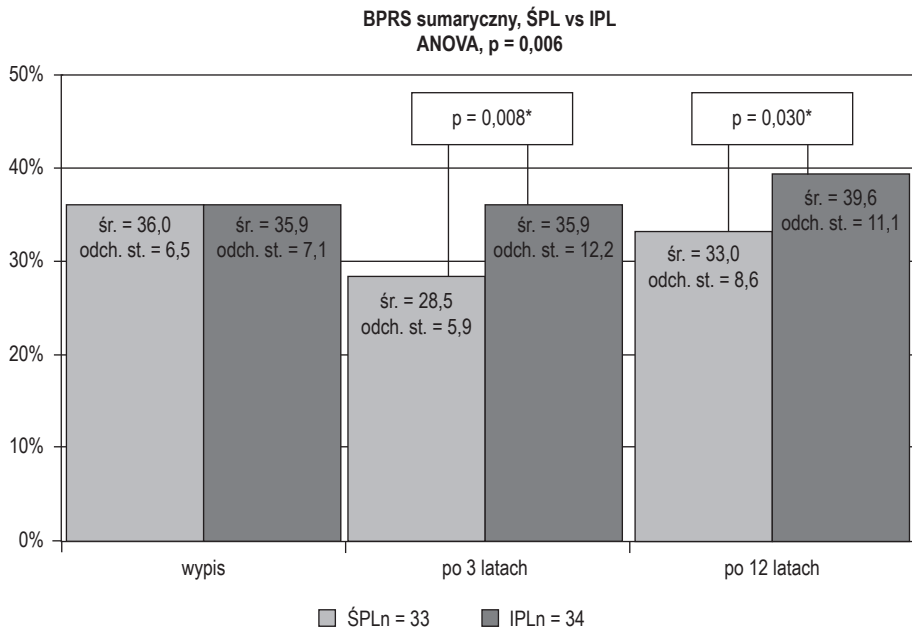


Rysunek 5b

Rysunki 5a i 5b. Liczba rehospitalizacji przez okres trzech i dwunastu lat – porównanie grupy ŚPL i IPL

Różnice międzygrupowe mierzone testem U Manna–Whitneya po trzech latach NS, po dwunastu latach $p = 0,013$.

pomiarowych: przy wypisie z oddziału stacjonarnego, po trzech latach i dwunastu latach później (rys 6).



Rysunek 6. **Dynamika nasilenia sumy objawów wg skali BPRS w kolejnych punktach pomiarowych – porównanie grup ŚPL i IPL**

*test post-hoc Tukeya

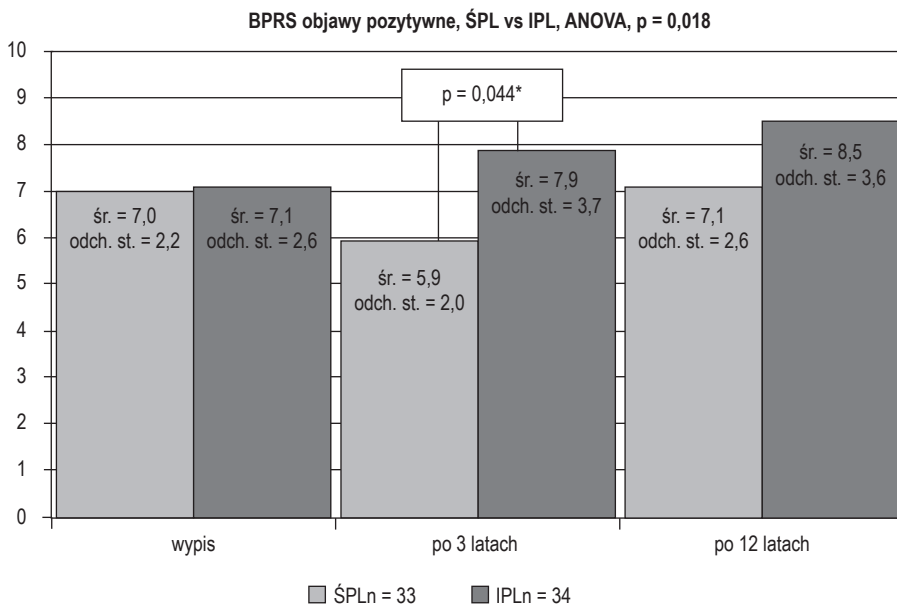
W wyniku przeprowadzonej analizy wariancji dla wyniku sumarycznego BPRS odnotowano istotny efekt interakcji pomiędzy czasem pomiaru a grupą ($p = 0,006$). Przy braku różnic między grupami ŚPL i IPL w początkowym pomiarze różnice takie, tj. niższe nasilenie objawów, wystąpiły po trzech i dwunastu latach na korzyść grupy ŚPL (wyniki testów post-hoc Tukeya odpowiednio: $p = 0,008$ i $0,030$).

Dynamika nasilenia objawów syndromu pozytywnego i negatywnego w ŚPL i IPL

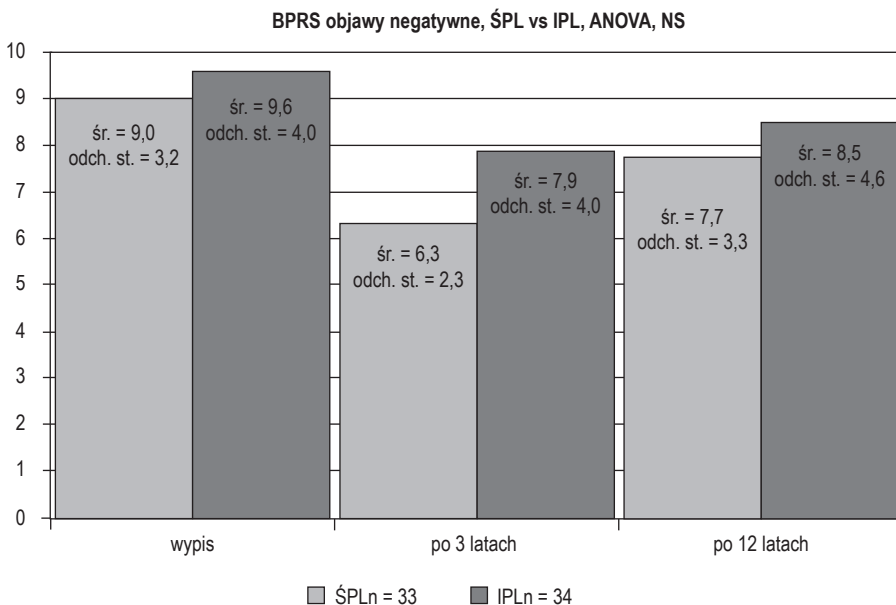
Poniżej przedstawiono średnie nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych w podskalach BPRS (rys. 7a i 7b).

W wyniku przeprowadzonej analizy wariancji dla objawów pozytywnych wg BPRS odnotowano istotny efekt interakcji pomiędzy czasem pomiaru a grupą ($p = 0,018$). Przy braku różnic między grupami ŚPL i IPL w początkowym pomiarze, różnica taka wystąpiła po trzech latach (wynik testu post-hoc Tukeya: $p = 0,044$) na korzyść grupy ŚPL, która miała niższe nasilenie objawów w chwili zakończenia programu, tracąc poziom istotności statystycznej po dwunastu latach, ale utrzymując ten sam kierunek zmian.

Zaobserwowano, że nasilenie syndromu negatywnego w ŚPL zmniejsza się w czasie trwania programu i nasila się po dwunastu latach, nie osiągając poziomu z okresu po pierwszej hospitalizacji stacjonarnej. W IPL dynamika syndromu negatywnego



Rysunek 7a



Rysunek 7b

Rysunki 7a i 7b. Dynamika nasilenia objawów syndromu pozytywnego oraz negatywnego wg skali BPRS w kolejnych punktach pomiarowych – porównanie grup ŚPL i IPL

*test post-hoc Tukeya

jest podobna, ale choć stopień jego nasilenia jest wyższy, to w analizie różnic między grupami ŚPL i IPL oraz interakcji między czasem pomiaru a grupą dla wyników w obszarze objawów negatywnych BPRS w wyniku testu post-hoc Tukeya nie odnotowano żadnych istotnych różnic.

Dyskusja

Celem badania była ocena skuteczności psychospołecznego programu leczenia osób chorujących na schizofrenię i ich rodzin rozwijanego przez ostatnie 30 lat przez krakowskich psychiatrów [16]. Przeprowadzono więc eksperyment kliniczny analogiczny do kilku podobnych programów oceniających kompleksowe podejście, tworząc grupę porównawczą złożoną z osób pozostających po zakończeniu pierwszej hospitalizacji w indywidualnej opiece doświadczonych klinicystów i terapeutów (IPL), którzy leczyli ich wcześniej w czasie pobytu na oddziale stacjonarnym i zapewniali najlepszą jakość farmakologicznej i psychologicznej opieki. Ponieważ oba programy zawierały opiekę indywidualną i farmakoterapię, ewentualne różnice w wynikach należy powiązać z udziałem grupy eksperymentalnej w środowiskowym programie leczenia. Obejmował on kontynuację leczenia na oddziale dziennym, a następnie obok psychoterapii indywidualnej udział w grupach ambulatoryjnych: dyskusyjnej, teatralnej, plastycznej, zamieszkiwanie w hostelu terapeutycznym, wyjazdy na obozy terapeutyczne i udział w innych społecznych aktywnościach w zależności od indywidualnych potrzeb. Równolegle prowadzone były grupy edukacyjne i terapeutyczne dla rodzin. Również w grupie ŚPL starano się o stałość relacji, ale o wiele częściej niż w ŚPL głównym opiekunem obok lekarzy byli psycholodzy i pielęgniarki, a lekarze konsultowali jedynie zażywanie leków.

W naszych badaniach korzystny bezpośredni wpływ uczestniczenia w programie środowiskowym w porównaniu z programem indywidualnym można zauważyć w większości wskaźników w różnicach procentowych. Taki bezpośredni korzystny efekt stwierdzają również kompleksowe interwencje psychospołeczne holenderskie Linszena i wsp., duńskie OPUS Nordentoft i wsp., Petersena i wsp., Rosenbaum i wsp. i Bertelsena i wsp., norweskie Sigrunarsona i wsp. oraz kanadyjsko-angielskie Normana i wsp. Jednak w odróżnieniu od tych badaczy w badaniu krakowskim większość wskaźników korzystnego przebiegu schizofrenii wskazuje na istotną wartość wczesnej trzyletniej interwencji społecznej dopiero w odległych ocenach po dwunastu latach od zachorowania. Korzystne, średnie wyniki w skali GAF dopiero po dwunastu, a nie po trzech latach, były istotnie wyższe dla grupy ŚPL ($p = 0,036$), podobnie jak różnica w grupie osób osiągających zdrowienie ($GAF > 70$ pkt, $p = 0,027$), korzystne typy przebiegu choroby z remisją wg Watta i Shepherd (p = 0,038), różnice w liczbie nawrotów ($p = 0,045$) oraz liczba rehospitalizacji ($p = 0,013$). Istotnie mniejsze ogólne nasilenie objawów w ŚPL oceniono po trzech ($p = 0,008$) i dwunastu latach ($p = 0,030$), a w syndromie pozytywnym tylko po trzech latach ($p = 0,044$).

Obie oceny podgrup o niekorzystnym przebiegu wskazują, że interwencje społeczne w pierwszych trzech latach chorowania nie tylko powiększają podgrupę o najlepszym przebiegu schizofrenii, ale zmniejszają po dwunastu latach podgrupę

o szczególnie niekorzystnym przebiegu z 33% do 15% (poniżej 50 pkt GAF) i z 59% do 33% w ocenie typu przebiegu wg Watta i Shepherd. Ta 33% ocena niekorzystnego przebiegu, choć ciągle bardzo wysoka, jest korzystniejsza od indyjskich badań Thary i wsp. [17], którzy w dziesięcioletniej katamnezie bardzo niekorzystny czwarty typ przebiegu z narastającymi zaburzeniami znajdowali w 42% przypadków. Ta różnica między badaniami naszymi i indyjskimi jest tym bardziej warta odnotowania, gdyż z badań WHO opracowanych przez Sartoriusa i wsp. [18] i Hoppera i wsp. [19] wiadomo, że wyniki w krajach rozwijających się były w tym okresie oceniane jako korzystniejsze.

W badaniu Linszena i wsp. z 63 badanych 23% nie doświadczyło nawrotu po pięciu latach od zachorowania. W badaniu krakowskim po dwunastu latach 33% badanych nie miało nawrotów choroby. W pozostałej grupie Linszen i wsp. wyłonili 52% podgrupę z jednym nawrotem, w naszym badaniu po dwunastu latach dotyczyło to 45% badanych.

W programie środowiskowym stwierdziliśmy po dwunastu latach istotną różnicę w liczbie rehospitalizacji zarówno w grupie bez, jak i z jedną rehospitalizacją. Po dwunastu latach 52% badanych w programie środowiskowym unika rehospitalizacji stacjonarnej w stosunku do 20% w programie indywidualnym, a 67% to grupa bez lub tylko z jedną rehospitalizacją. W dwunastoletniej katamnezie Sigrunarsona wyniki dotyczące rehospitalizacji, ilości dni spędzonych w szpitalu, ilości ponownych przyjęć wskazują na brak różnicy pomiędzy pacjentami w programie „as usual” a wynikami grupy, która przez pierwsze dwa lata uczestniczyła w psychospołecznym programie leczenia. Krakowski program środowiskowy najwyraźniej chronił przed leczeniem szpitalnym.

Analizując sumaryczne nasilenie objawów stwierdzono niższe ich nasilenie zarówno po trzech, jak i dwunastu latach na korzyść grupy ŚPL. Wiązało się to z korzystniejszym oddziaływaniem programu środowiskowego na wynik objawów pozytywnych, ale nie syndromu negatywnego.

W duńskich katamnezach pięcioletnich Bertelsena i Nordentoft [9, 12] pacjenci otrzymujący przez pierwsze dwa lata kompleksową ofertę leczenia środowiskowego (OPUS) mieli podobnie jak w badaniu krakowskim po dwunastu latach mniejszą ilość dni hospitalizacji stacjonarnych i mniej korzystali ze wspieranego mieszkania niż pacjenci korzystający z rehabilitacji szpitalnej. Jednak poziom psychopatologii w ich badaniu po pięciu latach osiągnął podobny poziom w obu grupach. Z kolei w dwunastoletnich katamnezach Sigrunarsona i wsp. [13] większość pozytywnych wyników uzyskanych po pierwszych latach psychospołecznego programu zanikła.

Tak więc w naszym badaniu większość wyników leczenia, które wykazywały korzyści punktowe po trzech latach programu, w odległej dwunastoletniej katamnezie osiągają poziomy istotnie statystycznie. Tym samym nasze wyniki nie potwierdzają wyników wcześniejszych badań holenderskich Linszena i norweskich Singrunarsona i wsp., gdyż musimy stwierdzić, że wczesna, kompleksowa interwencja psychospołeczna ma korzystny wpływ nie tylko na wczesne, ale również na odległe wyniki leczenia osób chorujących na schizofrenię. Być może istotną rolę odgrywa tutaj każdy rok dłuższego trwania programu i fakt, że program psychospołeczny dla obu grup pacjentów

był kontynuowany przez kolejne lata. Jednym z wniosków Linszena było wskazanie na konieczność kontynuowania psychospołecznej interwencji przez wiele następnych lat chorowania. Taką możliwość korzystania z kompleksowej oferty terapeutycznej przez pięć lat oferował także program kanadyjski Normana i wsp. Prawdopodobnie ważna jest zarówno wczesna interwencja, jak i wieloletni ciągły program w środowisku. Zarówno wyniki programu kanadyjskiego, jak i nasze wskazują na wartość wczesnej interwencji psychospołecznej. Realizowanie tego programu w całej Polsce ciągle czeka na systemowe rozwiązania.

Wnioski

1. Po dwunastu latach od pierwszej hospitalizacji stwierdzono więcej korzystnych różnic w grupie leczonej w psychospołecznym programie niż w chwili jego zakończenia.
2. Chorzy na schizofrenię objęci programem leczenia środowiskowego w ocenie po dwunastu latach charakteryzowali się lepszym poziomem funkcjonowania oraz w okresie objętym obserwacją mieli mniej nawrotów choroby i ponownych hospitalizacji i mniejsze było u nich nasilenie objawów psychopatologicznych.
3. Opóźnianie psychospołecznego leczenia w pierwszych trzech latach chorowania wiąże się z gorszym odległym, klinicznym przebiegiem schizofrenii po dwunastu latach.

Piśmiennictwo

1. McGlashan TH. *A selective review of recent north American long-term studies of schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1988; 14: 515–542.
2. Jobe TH, Harrow M. *Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review*. Can. J. Psychiatry 2005; 50(14): 892–900.
3. Penn DL, Evan J, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser K, Lieberman JA. *Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update*. Am. J. Psychiatry 2005; 162: 2220–2232.
4. May PRA, Tuma AH, Yale C, Potepan P, Dixon WJ. *Schizophrenia – a follow-up study of results of treatment*. Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33(4): 481–486.
5. Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. *Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment*. Schizophr. Bull. 1984; 10(4): 564–598.
6. Hogarth GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF. i wsp. *Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48(4): 340–347.
7. Bäuml J, Pitschel-Waltz G. *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart, New York: Schattauer; 2003.

8. Linszen D, Dingemans P, Lenior M. *Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications*. Schizophr. Res. 2001; 51: 55–61.
9. Nordentoft M, Øhlenschlaeger J, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Bertelsen M. *Deinstitutionalization revisited: a 5-year follow-up of a randomized clinical trial of hospital-based rehabilitation versus specialized assertive intervention (OPUS) versus standard treatment for patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders*. Psychol. Med. 2010; 40: 1619–1626.
10. Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Thorup A, Christensen TØ. i wsp. *Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial*. Br. J. Psychiatry Suppl. 2005; 48: 98–103.
11. Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Koster A, Lajer M. i wsp. *Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project*. World Psychiatry 2006; 5(2): 100–103.
12. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, le Quach P. i wsp. *Five year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with first episode of psychotic illness: the OPUS trial*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65(7): 762–771.
13. Sigrunarsón V, Grawe R, Morken G. *Integrated treatment vs treatment-as-usual for recent onset schizophrenia: 12 year follow-up on a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry 2013; 13: 200.
14. Norman RMG, Manchanda R, Malla AK, Windell D, Harrichan R, Northcott S. *Symptom and functional outcomes for a 5 year early intervention program for psychoses*. Schizophr. Res. 2011; 129: 111–115.
15. Cechnicki A. *Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 5(2): 7–15.
16. Cechnicki A, Bielańska A. *A community treatment programme for people suffering from schizophrenia in Krakow*. W: Gale J, Realpe A, Pedriali E. red. London: Routledge: Therapeutic Communities for Psychosis; 2008. s. 171–185.
17. Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW. *Ten-year of schizophrenia – the Madras longitudinal study*. Acta Psychiatr. Scand. 1994; 90: 329–336.
18. Sartorius N, Jablensky A, Emberg G, Leff J, Korten A, Gulbinat W. *Course of schizophrenia in different countries: Some results of a WHO International 5-year follow-up study*. W: Hafner H, Gattaz WF, Janzarik W. red. *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag; 1987. s. 107–113.
19. Hopper K, Harrison G, Janca A, Sartorius N. *Recovery from schizophrenia: An international perspective. A report from WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*. Oxford: University Press; 2007.

Adres: Andrzej Cechnicki
Zakład Psychiatrii Środowiskowej
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 30.11.2015
Zrecenzowano: 1.02.2016
Otrzymano po poprawie: 18.02.2016
Przyjęto do druku: 23.02.2016